

El proceso de medicalización de la sociedad y el Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales.

Nombre y apellido: Eugenia Bianchi

Pertenencia Institucional: II.GG. (UBA) – CONICET.

Correo electrónico: eugenia.bianchi@conicet.gov.ar

Introducción.

Lo expuesto en estas páginas se inscribe en los avances en la Maestría en Investigación en Ciencias Sociales (UBA). Nos proponemos rastrear ciertas características históricas del proceso de medicalización, según un recorte de la literatura sobre el tema. Complementariamente, buscamos mapear algunos aspectos que exhibe dicho proceso en la actualidad, ubicando los nuevos actores intervinientes y las relaciones que entre ellos se evidencian, así como los procesos novedosos que se verifican en las últimas décadas, señalando cuando corresponda, su pertinencia para reflexionar acerca del ADHD (siglas en inglés para designar al trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

La referencia teórica más marcada, aunque no exclusiva, la constituyen los aportes de Foucault y Conrad. Aunque se retoman las contribuciones de otros numerosos autores, es principalmente en el contrapunto entre estos dos pensadores que se desarrolla el trabajo.

Primera parte: La medicalización de la sociedad. Diversos aportes conceptuales.

Diversos estudios han reflexionado acerca de la problemática al interior del campo de la teoría social y las ciencias sociales. El estudio de la medicalización constituye uno de los puntos nodales de los análisis de Foucault. Desde su perspectiva, la medicina es entendida como discurso de poder, que operando en dispositivos de índole diversa, forma parte del núcleo duro de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales.

Pero además, inscribe a la medicina participando en un fenómeno histórico más amplio, que actúa como horizonte de posibilidad para su accionar y alcance actuales. De esta manera, el proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 1976a, 1990, 1997) es entendido como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se torna en estrategia biopolítica, ampliándose su esfera de incumbencia hacia cuestiones como: el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda, el régimen urbanístico, la sexualidad, la alimentación y la

higiene (Foucault, 1990). El proceso de medicalización es esencial para la comprensión del modo en que el cuerpo individual y de la población se convierte en objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos.

Siguiendo estos lineamientos, Foucault (1997, 1999, 2004a) abordó la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones. De acuerdo con sus aportes, el dominio de la medicina no es único e inalterable, sino que *“cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada (...). En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.”* (Foucault, 1990: 21).

En la tradición sociológica de pensamiento, los aportes de Conrad resultan nodales. Señala que la clave de la medicalización es su definición. Un fenómeno es medicalizado cuando *“un problema es definido en términos médicos, es descripto usando lenguaje médico, es entendido adoptando un marco médico, o es tratado con intervención médica”* (Conrad, 2007: 5, traducción propia). El corolario es que problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes.

También Szasz (2007a) ha discutido acerca de la medicalización, planteando que dicho concepto reposa en la presunción de que algunos fenómenos se inscriben en el dominio de la medicina, y otros no. Pero esa incumbencia es un resultado de acciones humanas. Con lo cual, a menos que se produzca primero un acuerdo en los *criterios* que definen la *enfermedad*, es infructuoso debatir si un acto de medicalización es válido o no. Para Szasz es necesario trazar una divisoria entre qué es enfermedad y qué no. El interrogante consiste en establecer dónde trazarla.

Szasz sostiene que en definitiva, la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social, que beneficia a algunas personas y daña a otras. En el pasado, los principales beneficiados eran los psiquiatras, y las personas más evidentemente injuriadas eran los pacientes mentales. Hoy día la situación es más compleja, ya que cualquiera puede ser, tanto socorrido como dañado por la medicalización (Szasz, 2007b).

En Occidente la vida en sociedad está guiada y controlada por la ciencia, especialmente la ciencia médica. En este marco, la medicina y el Estado han formado un vínculo sólido, que Szasz denomina *farmacracia* (Szasz, 2007a). Sus análisis se alinean con los efectuados por Foucault, quien había señalado en 1974 que en el futuro inmediato, la figura del médico adquiriría un rol cada vez más de mero intermediario entre el paciente y la industria

farmacéutica (Foucault, 1990). También están en consonancia con los estudios recientes de Conrad, quien ubica a la industria farmacéutica como uno de los actores clave para pensar la medicalización de la sociedad en la actualidad.

Habiendo puntuado estos primeros elementos, pasamos a describir el concepto de medicalización de la sociedad, desde los diferentes autores elegidos.

Conrad: Condiciones generales para la medicalización y la desviación.

Según Conrad y Schneider (1992) la medicalización de las desviaciones es un fenómeno de larga data, pudiendo rastrearse hasta la antigua Grecia. Las ideas que relacionan *comportamiento desviado* y *enfermedad* han asumido diversas formas a través de los siglos. Pero a partir del siglo XIX y XX las designaciones médicas de desviación se convierten en las definiciones predominantes de las conductas desviadas. La medicalización de la desviación es propiciada por múltiples razones, contándose entre las más importantes el ascenso del racionalismo, el desarrollo de teorías deterministas en el siglo XIX, y el éxito y crecimiento de la medicina en el siglo XX. Sin embargo, se hace necesario retrotraerse un poco más, para considerar al Iluminismo europeo y sus ideas de progreso individual y colectivo.

Pensadores como Rousseau, Voltaire y Beccaria son señalados por Conrad como los postulantes de principios racionales y científicos con los cuales comprender y gobernar el comportamiento individual y social. Sus premisas desplazan las explicaciones teológicas dominantes hasta entonces.

Otra de las contribuciones del Iluminismo consistió en que propició el desarrollo de la ciencia como un método para la comprensión del mundo. Teorías científicas deterministas impulsaron la idea de que el comportamiento –e incluso la sociedad- estaban determinados por fuerzas sobre las cuales los individuos ejercían escaso o nulo control. Estas teorías asumieron dos formas principales, ya sea que reposaran en un *determinismo social* o *biofisiológico*. Conrad ubica entre las primeras, a teorías basadas en la obra de Marx, y a teorías postuladas por directores de los asilos norteamericanos. Entre las segundas, señala la obra de Lombroso, en la que los trabajos de Darwin son disparadores para postular que las causas de la desviación pueden hallarse en la constitución del individuo o en su herencia biológica.

En tanto asumían que los individuos no eran desviados por elección, las explicaciones científicas deterministas condujeron a que el *castigo* por tales conductas perdiera peso como estrategia para el control del comportamiento. Así, el correlato de una concepción en la que el individuo se encuentra a merced de fuerzas sociales o biofisiológicas es la incorporación en un *tratamiento* para aquellos cuyas conductas se han desviado.

Durkheim expresa este modo de entender la problemática. En *La división del trabajo social* (1893) concluye que, a medida que las sociedades pasan de sencillas a complejas, las sanciones a la anormalidad cambian de represivas a restitutivas, lo cual equivale en el trabajo de Conrad a considerar que del *castigo* se pasa al *tratamiento* o a la *rehabilitación*.

Si bien Durkheim no predijo la medicalización, sí anticipó la tendencia, porque la medicina es hoy, para Conrad, el principal agente restitutivo de la sociedad. En sus palabras, “*a medida que el tratamiento le gana terreno al castigo como sanción preferida de la anormalidad, una proporción creciente de comportamiento se conceptualiza como enfermedad en un marco médico.*” (Conrad, 1982:139). Para Conrad, la medicina siempre funcionó como agente de control social, especialmente al tratar de “normalizar” la enfermedad y devolver a las personas su capacidad de funcionar socialmente. Desde hace tiempo la salud pública y la psiquiatría se han ocupado del comportamiento social, funcionando como agentes de control. Lo que actualmente resulta novedoso es la expansión de la esfera en la que la medicina funciona como agente de control social.

El proceso por el cual el castigo pierde su predominio a favor del tratamiento va de la mano de una creciente profesionalización de la medicina, que se consolida a principios del siglo XX, y que encuentra en la teoría de los gérmenes el antecedente más marcado para explicar la popularidad y gravitación que adquirió la medicina desde aproximadamente la década de 1870. El cambio de siglo, el control de las enfermedades infecciosas, y la consolidación y monopolización de la organización y práctica médicas, son los puntapiés para que la profesión médica alcance reputación social y profesional. Como señala, “*en la sociedad industrial moderna, se ha registrado un sustancial crecimiento del prestigio, la dominación y la jurisdicción de la clase médica. Hasta el siglo pasado los médicos estaban relativamente desorganizados, deficientemente preparados, mal retribuidos y, además, contaban con unas técnicas y capacidades terapéuticas limitadas.*” (Conrad, 1982:138-9).

Conrad puntúa razones por las que cada vez más comportamientos entran en la esfera de la medicina. Menciona la tendencia humanitaria general, el éxito y el prestigio de la biomedicina moderna, la creciente aceptación de conceptos sociales y médicos deterministas, el crecimiento tecnológico del siglo XX, y el declive de la religión como agente de control.

Con estas transformaciones sobreviene el cambio en el concepto de la anormalidad, que antes se consideraba en gran parte como maldad (pecaminosa o criminal) y en la actualidad se asocia a un estado de enfermedad. Esto va acompañado de un cambio en la responsabilidad que se le imputa a la anormalidad: en el caso de la *maldad* al anormal se le consideraba

responsable. Con la *enfermedad* no es así, o su responsabilidad disminuye. Lo cual se encuentra en consonancia con una respuesta social a la anormalidad terapéutica y no punitiva.

Conrad menciona que la medicalización no es un proceso uniforme: algunas formas de comportamiento están medicalizadas de modo más completo que otras. Ciertos *factores sociales* han conducido a la profundización de la medicalización de la anormalidad. Conrad sigue a Szasz: “*Con la transformación de la perspectiva religiosa del hombre en la perspectiva científica, y en especial la psiquiátrica, que quedó plenamente articulada durante el siglo XIX, se produjo un cambio radical de énfasis, que pasó de ver al hombre como un agente responsable actuando en y sobre el mundo, a verlo como un organismo sensible sobre el que actúan ‘fuerzas’ biológicas y sociales*” (Conrad, 1982:141).

Foucault: La medicina moderna. Su desbloqueo epistemológico y técnico.

Hemos repasado cómo Conrad entiende la medicalización a partir de una serie de consideraciones generales. El aporte de Foucault consiste en que historiza dicho proceso de modo distinto al que realiza Conrad, ya que lo anuda a preocupaciones de los Estados capitalistas por desplegar estrategias para gestionar las poblaciones bajo su gobierno. Esto le permite identificar diferentes etapas, a partir de la preeminencia de distintas preocupaciones de los Estados en casos concretos¹. También hemos señalado que uno de los postulados centrales de Foucault es la idea de que el dominio de la medicina no está dado, y que la reflexión acerca de la medicina debe ser incluida en una aproximación histórica.

En este marco, el siglo XVIII es para Foucault el momento en que se produce el desbloqueo epistemológico y técnico de la medicina, que permitirá la ampliación de su ámbito de incumbencia. Tal desbloqueo motoriza el despegue de la medicina, manifestándose una nueva sensibilidad sobre una serie de aspectos que competen a un nuevo objeto: *la población*.

Al tiempo que el Estado toma a su cargo la salud de la población, el cuerpo social se torna blanco de poder, siendo la medicina una de las estrategias para garantizar el desarrollo de ese poder, tanto a nivel del cuerpo (anatomopoder) como a nivel de la población (biopoder). Como ha resaltado Foucault (1976a; 1997) la medicina como técnica política de intervención “*se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos*” (Foucault, 1997:228), produciendo sus propios efectos de poder –tanto disciplinarios como regularizadores-. Por ello la medicina adquirió, a partir del siglo XIX, una trascendencia fundamental, dado que operó como nexo, como correa de transmisión entre los procesos que involucraban al cuerpo los que alcanzaban a la población.

¹ De allí que mencione las experiencias históricas alemana, francesa e inglesa para ilustrar lo que denominó respectivamente “medicina de Estado”, “medicina urbana” y “medicina de la fuerza laboral” (Foucault, 1990).

Ahora bien ¿En qué consistió dicho desbloqueo? Desde la Edad Media y hasta los años 1720-1750, la actividad médica estaba centrada en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. En este período, sus resultados científicos y terapéuticos fueron nulos. Pero a partir del siglo XVIII la medicina logra liberarse del estancamiento terapéutico y científico en el que se hallaba inmersa, dejando de ser esencialmente clínica para ser social.

Ese despegue se cristaliza en cuatro procesos de gran trascendencia para la medicina del siglo XVIII: la aparición de una autoridad médica que se impone al individuo y a la población; la expansión del campo de intervención de la medicina; la introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva, y la producción y sistematización de mecanismos de administración médica: registros de datos, comparación, mediciones estadísticas de un amplio conjunto de fenómenos, etc. Con base en el hospital y merced a todos estos controles sociales, la medicina clínica cobra impulso para su desbloqueo.

El funcionamiento de las instituciones del saber y el poder médico era objeto de intenso debate cuando Foucault postula estas consideraciones. El libro de Illich *Némesis médica* había sido editado ese mismo año (en 1974) y constituye una referencia para sus planteos. El debate pasaba por si la medicina estaba o no en crisis. Con este trasfondo, Foucault propone pensar la medicalización de la sociedad luego del siglo XVIII, a partir de la aplicación del Plan Beveridge en 1942, como un hecho de trascendencia simbólica. Dicho plan fue modelo en Inglaterra y en otros países, para la organización de la salud luego de la II Guerra Mundial. El aspecto central que rescata Foucault es que en virtud de este plan, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado.

Esta referencia, sumada a las condiciones que se gestaron desde el siglo XVIII en las sociedades occidentales (algunas de las cuales listó Conrad en sus trabajos) son las que a juicio de Foucault permiten el surgimiento de una *somatocracia*: un régimen en el que uno de los objetivos de la intervención del Estado consiste en “*el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud*” (Foucault, 1990: 70).

Para Foucault, pensar que la medicina pre-moderna fue una actividad individualista, de ejercicio privado de la profesión, basada en el contrato médico-paciente, y que es a partir de la modernidad cuando asume una tarea social, es un error. Por lo menos desde el siglo XVIII, la medicina constituye una actividad social. La idea de medicina social para Foucault no existe, por ser redundante: toda medicina es social, es una práctica social. Entonces, si la medicina es social -al menos desde que cobró su impulso en el siglo XVIII- la crisis actual no es actual, sino que hunde sus raíces históricas en la práctica social de la medicina. Este planteo lo separa de los postulados de Illich. Por eso, es un falso debate concentrarse en establecer si se debe

continuar o no con la medicina, o si se requiere una medicina individual o social. El eje del análisis debe consistir en conocer cuál fue el modelo de desarrollo de la medicina en el siglo XVIII -cuando se produjo el despegue, el desbloqueo epistemológico y técnico- porque son estas características históricas las que conducen a la crisis.

Las características de la medicina moderna que ubica Foucault -y que marcan su postura en el debate- son: la *cientificidad de la medicina*, la *medicalización indefinida*, y la *economía política de la medicina*. A continuación, algunas palabras acerca de cada una.

La científicidad y eficacia de la medicina: De acuerdo a los análisis de Foucault, los estudios de Illich se centran o intentan dar cuenta de la capacidad de matar de la medicina. Foucault pone sus reparos a este enfoque. Que la medicina mata, o tiene efectos negativos es algo de lo que se tiene registro desde hace mucho tiempo. Sin embargo, lo que sí es novedoso es que hasta tiempos recientes, estos efectos negativos de la medicina, su capacidad de matar, eran entendidos como derivados de la ignorancia médica, de su falta de científicidad.

Esta situación se modifica a partir del siglo XX. La peligrosidad de la medicina ya no reside solamente en su no-saber, ignorancia, falsedad o falta de científicidad; sino en su saber mismo. Este saber resulta peligroso, no sólo por las consecuencias inmediatas en el individuo o grupo de individuos, sino para la propia historia de la humanidad.

Se sabe que hay iatrogenia: intoxicaciones y muertes por la administración de medicamentos, o intervenciones quirúrgicas innecesarias (y en este sentido son ilustrativos los estudios de Illich), pero para Foucault estos hechos se centran en la habilidad o ignorancia de los médicos, sin cuestionar lo que para él es central: la propia medicina y su científicidad. Lo que nos acerca más al verdadero problema para Foucault es detenernos no en la iatrogenia, sino en la *iatrogenia positiva*. Es decir, no en los errores de diagnóstico o la ingesta accidental de sustancias, sino en los efectos médicamente nocivos derivados de la acción de la intervención médica, en lo que esta tiene de fundamento racional.

En la actualidad, las técnicas de las que dispone la medicina la habilitan a modificar el armamento genético mismo de las células, afectando no sólo al individuo o su descendencia, sino a toda la especie humana: el fenómeno mismo de la vida y de sus acaecimientos fundamentales entra en el campo de acción de la intervención médica. Foucault llama *biohistoria* a esta nueva dimensión de posibilidades médicas. La historia del hombre no continúa ni reproduce simplemente la de la vida; sino que la reanuda, y puede ejercer sobre sus procesos efectos totalmente novedosos y esenciales.

La medicalización indefinida: Hasta el siglo XX, el campo de la medicina estaba circunscrito a dos aspectos: la enfermedad y la demanda del enfermo (su sufrimiento, sus síntomas, su

malestar). A partir del siglo XX, la medicina rebasa considerablemente ese campo de acción e intervención. Puede decirse que *la salud* se convirtió en objeto de intervención médica. Todo aquello que garantiza la salud del individuo (saneamiento del agua, condiciones habitacionales, régimen urbanístico) pasa a ser campo de intervención médico.

La medicina comienza a *no tener campo exterior*. En el siglo XIX todavía existían aspectos que seguían siendo no médicos y que no habían sido medicalizados. Se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una alimentación, una moral sexual, etc. que no estuvieran controladas ni codificadas por la medicina. Según Foucault, eso ya no ocurre, e incluso las críticas a las deficiencias, inconvenientes o efectos nocivos de la medicina se referencian a formas de saber médico más completas o refinadas.

Respecto de esta tendencia a la medicalización indefinida, resulta interesante introducir como matiz las consideraciones de Conrad, quien señala que, en tanto la medicalización describe un *proceso*, debe ser entendida de modo *bidireccional*; es decir, que hay tendencias que se orientan en el sentido de medicalizar conductas, pero a la vez ocurren procesos que se dirigen en sentido inverso (Conrad, 2007).

Conrad coincide con las formulaciones de Foucault en que la tendencia principal en el siglo XX se ha orientado a la expansión de la jurisdicción médica, que ha dado un significado médico a comportamientos que con anterioridad fueron definidos como inmorales, pecaminosos o criminales. Pero también señala que han podido verificarse procesos por los que un problema que era definido y tratado en términos médicos, ya no es considerado como merecedor de una intervención de ese tipo. Así, la masturbación, la homosexualidad, y diversas formas de discapacidad, constituyen ejemplos de desmedicalización, aunque reconoce que existen pocos casos contemporáneos para analizar. Sin embargo, como la medicalización es un proceso, también puede contemplarse la eventualidad de una remedicalización, vislumbrándose la homosexualidad como un ejemplo de esta tendencia.

La economía política de la medicina: este tampoco es considerado un fenómeno reciente, ya que desde el siglo XVIII la salud y la medicina se han presentado como problemas económicos (Foucault, 1976b). La medicina surge como exigencia de tipo económica hacia fines del siglo XVIII. Pero, lo peculiar en el momento que analiza Foucault es el mecanismo por el cual la medicina se vincula con los problemas económicos.

Con anterioridad a su desbloqueo, la medicina se relacionaba con la esfera económica a través de la exigencia de asegurar la regularidad de la fuerza de trabajo, su capacidad y reproducción. En la actualidad, la medicina se vincula con la economía por otro conducto: por su capacidad de producir riqueza. Esto ocurre en la medida en que la salud se ha convertido

en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado ya que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por laboratorios y consumido por enfermos reales o posibles.

El cuerpo humano está entonces doblemente englobado por el mercado: por un lado, en tanto es cuerpo asalariado que vende en el mercado su fuerza de trabajo, y por otro en tanto es objeto de sensaciones, deseos, enfermedad y salud, bienestar o malestar, alegría o sufrimientos que son susceptibles de considerarse médicamente.

A partir de que el cuerpo humano entra en el mercado por mediación del consumo de salud, se dan una serie de fenómenos que causan disfunciones en la medicina contemporánea. Se produce una paradoja económica, porque el crecimiento del consumo médico no va acompañado de ningún efecto positivo en la salud, la morbilidad o la mortalidad.

Por otra parte, el sistema médico tiende cada vez más a restablecer las desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. Así, el derecho a la salud igual para todos, pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad.

El interrogante que se suscita es “¿cuál es el destino (...) (d)el lucro derivado de la salud?” (Foucault, 1990:83). No son los médicos, ya que aunque en algunos países perciban mucho dinero, esto no representa gran cuantía en los beneficios económicos derivados de la enfermedad o de la salud. “Los que realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las grandes empresas farmacéuticas” (Foucault, 1990:83). Y los médicos se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir: simples distribuidores de medicamentos. Este es un aspecto central, en el que los aportes de Conrad resultan vitales, como veremos más adelante.

En función de lo expuesto, para Foucault la denominada crisis de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios, que en el fondo son los mismos del siglo XVIII cuando ocurrió su despegue técnico y epistemológico. Estos aspectos se encuentran hoy exacerbados, y modifican algunos aspectos de la tendencia, pero no la crearon.

Por eso carece de sentido para Foucault pensar en términos de medicina o antimedicina, de disminución o incremento de los costes, de retorno o no a una higiene natural. En cambio, sí es útil efectuar una revisión histórica de la medicina para conocer mejor cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, y comprender en qué medida hoy se lo puede modificar.

La medicalización y algunas de sus consecuencias.

Finalmente, recuperamos una de las contribuciones centrales de Conrad, que se deriva de su análisis de las principales consecuencias que la medicalización trae a la sociedad:

- La desresponsabilización del individuo por los actos que comete, que se deriva de que un problema de comportamiento sea entendido como causado por un desorden orgánico y no por su voluntad –o, como señalaría Szasz (1970), por *problemas de la vida*.
- La expansión progresiva de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable;
- El reforzamiento de la suposición de que conceptos médicos -tales como enfermedad o tratamiento- son moralmente neutrales, cuando -en consonancia con los análisis de Szasz- la medicina refleja un orden moral, que no es moralmente neutro, sino que frecuentemente está influido por el orden moral de la sociedad. A esta suposición contribuye la utilización del vocabulario tecnológico-científico de la medicina.
- La delegación en expertos médicos de la atención de los problemas humanos y sociales, que conduce a que los mismos se sustraigan del debate público y sean debatidos mayormente entre profesionales.
- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento anormal. Estos mecanismos tecnológicos -fármacos psicoactivos, cirugías o intervenciones genéticas- actúan de manera tal que contribuyen al sostenimiento del *statu quo* de la sociedad, con efectos que pueden resultar irreversibles en quienes se ejercen.

Aunque todas las consecuencias son relevantes, entendemos junto con Conrad, que la consecuencia más trascendente de la medicalización es que retraduce las dificultades humanas en cuestiones individuales. Omite o relega a un segundo plano la naturaleza *social* del comportamiento humano, concentrándose en el medio ambiente interno del individuo. Y ello conduce a la obturación de otros niveles de intervención posibles.

Segunda parte.

Hemos decidido por cuestiones de espacio, centrarnos en dos cuestiones en este apartado. Por un lado, revisaremos los aportes de varios autores acerca del papel histórico del hospital en la medicalización, y los avances en la farmacología que han incidido en dicho proceso, desplazando la gravitación central del hospital como dispositivo de reencauzamiento y control social. Por otro, incorporaremos una descripción de los principales nuevos actores involucrados en el proceso, y las transformaciones en la relevancia de su accionar.

Tecnologías aplicadas al proceso de medicalización: del hospital al fármaco.

El hospital.

El asilo psiquiátrico resulta un dispositivo emblemático en las estrategias de gestión de las poblaciones caracterizados por la disciplina (Foucault, 1964, 1990, 2003; Donzelot, 1970,

Conrad y Schneider, 1992). Sin embargo, la vinculación entre la instancia médica y la hospitalaria tiene un origen que no se extiende más atrás del siglo XVIII.

Antes de esa época, el hospital era una institución de asistencia a los pobres, cuya función principal era la de separación y exclusión. El destinatario de los servicios del hospital no era el enfermo que acudía para su curación, sino el pobre agonizante, necesitado de asistencia material y espiritual (Foucault, 1990).

A mediados del siglo XVII se crea el Hospital General en Francia, que no incluía tratamientos médicos ni involucraba médicos (Foucault, 1964). Se trataba de una prisión para pobres, en la que también locos, criminales, libertinos, mendigos, vagabundos y prostitutas eran confinados. En el curso de su existencia, el Hospital General combinó características de asilo, casa de trabajo y hospital, yuxtaponiéndose *“funciones de exclusión, asistencia y transformación espiritual, en la que está ausente la función médica”* (Foucault, 1990: 110).

Foucault denominó a la época en la que funcionó el Hospital General como el período del *Gran Encierro* de pobres y desviados, extendiéndose las instituciones de este tipo en numerosos países europeos. El encierro se convirtió en un nuevo modo de lidiar con la desviación social, dado que con anterioridad a este período -previamente al siglo XVII- los locos llevaban una existencia de relativa libre vagabundez. La responsabilidad por la locura de los individuos recaía en la familia y la comunidad local (Foucault, 1964).

El confinamiento en el Gran Encierro se asocia no a razones médicas, sino a un “imperativo de trabajo” (Foucault, 1964: 102), para prevenir la mendicidad y holgazanería, a tono con las exigencias del naciente modo de producción capitalista. La dimensión moral del trabajo se convierte en una “táctica económica” (Foucault, 1964:108), respondiendo a las necesidades de una mano de obra disciplinada, ya que se inculca a los encerrados el valor del trabajo y la adquisición de valores de trabajo apropiados. A este respecto, resulta interesante reflexionar acerca de la importancia que han adquirido los fármacos en la gestión de la desviación concebida como enfermedad mental en la actualidad, donde la esfera del consumo y no de la producción es señalada como principal modo de hacer efectivo el reencauzamiento.

En el siglo XVIII se produce una nueva separación, esta vez entre los cuerpos aptos y los que no lo son, extendiéndose una serie de instituciones especializadas como casas de beneficencia, casas de pobres, manicomios y prisiones.

En línea con los trabajos de Foucault, Conrad analiza la experiencia norteamericana de institucionalización de la enfermedad mental durante el siglo XIX. La presidencia de Jackson (1828-1836) se caracterizó por un incremento de la movilidad social y de la participación política, así como de la libertad religiosa e intelectual, acompañado por una gran movilidad

geográfica. Estas transformaciones condujeron a la creencia de que el viejo orden social estaba desvaneciéndose, y que uno nuevo, más fluido y potencialmente caótico emergía en su lugar. Quienes estudiaban las conductas desviadas pensaban que la erosión en la disciplina y el orden familiar eran la causa principal de los comportamientos desviados.

Aunque había coincidencia con los contemporáneos europeos en que la locura era una enfermedad biológica, del cerebro, desde la medicina norteamericana consideraban que la primera causa de la enfermedad estaba en el sistema social, no en el cuerpo. Un corolario de estas doctrinas, es que así como la fuente de la enfermedad reside en la sociedad antes que en el individuo, es también la sociedad la responsable por aliviar el sufrimiento de ese individuo.

Las teorías acerca de las causas medioambientales de la locura condujeron a la creencia en que la misma era curable, aunque se requería designar un ambiente curativo apropiado para superar el caos y tensiones sociales. Bajo esta premisa surgen los manicomios.

El movimiento asilar entendía al manicomio como instrumento de reforma y creación de una sociedad mejor, pudiendo ser un medio de curación y no meramente una prisión para el loco. Como en Europa, en Estados Unidos el manicomio se convirtió en una institución que intentó instalar la disciplina para la provisión de mano de obra del capitalismo industrial.

Ya en el siglo XX, la psiquiatría de Estados Unidos estaba fuertemente influenciada por el pensamiento freudiano, y la psicoterapia -aunque no estuviera disponible en los grandes hospitales mentales- era considerada el tratamiento de primera elección. Existían además psiquiatras de orientación somática, que sostenían un modelo fisiológico de la locura, cuyos tratamientos principales eran la insulina y la terapia de electroshock. La mayoría de los pacientes recibían un cuidado custodial y el encierro en salas hospitalarias. Estas condiciones sufrirán un cambio radical desde mediados de los '50, con la introducción de los fármacos.

El fármaco.

El uso de drogas para el tratamiento de la locura no data del siglo XX. Vomitivos, purgantes y narcóticos, entre otros, fueron utilizados desde el siglo XIX (Conrad y Schneider, 1992; Foucault, 2003). En el siglo XX se desarrollan los sedativos. Sin embargo, es a partir de mediados del '50 que los fármacos se tornan un elemento central del tratamiento psiquiátrico.

Las críticas al tratamiento farmacológico se erigieron rápidamente, argumentándose que las drogas no trataban las causas, y sólo enmascaraban los síntomas, y denominándolas “camisas de fuerza químicas”, simples mecanismos farmacológicos de control social.

Señala Conrad que la medicación dio soporte a las consideraciones de la locura como una enfermedad susceptible de ser tratada con psicofármacos, sumado a que su uso se ajustaba a la retórica de la medicina en el tratamiento de la locura.

La extensión del uso de psicofármacos (puntualmente los neurolépticos) en la segunda posguerra mundial aparece históricamente como una de las transformaciones que incidieron en la declinación mundial de la población internada en hospitales psiquiátricos, que se redujo en más de dos tercios en el transcurso de los siguientes 30 años. (Solal, 2004). Entre los factores que contribuyeron a esta declinación, Solal añade al movimiento de salud mental desarrollado en Estados Unidos, a la psicoterapia institucional, a la política de sectorización en Francia, y a la proliferación de centros de salud mental de incidencia local.

Conrad sostiene, en esta línea, que la introducción de los psicofármacos permitió que los pacientes tuvieran un mejor desempeño y pudieran ser dados de alta de los hospitales. Aunque los enfermos mentales eran tratados con medicación psicotrópica desde antes²: “...es indudable que la aparición de los neurolépticos en la farmacopea, al reducir la intensidad sintomática, favoreció el tratamiento de los enfermos mentales fuera del lugar de concentración, a saber el asilo de alienados” (Solal, 2004: 192).

Conrad también recupera posturas que sugieren que las investigaciones en ciencias sociales jugaron un rol significativo acerca de los efectos negativos de la institucionalización, entre las cuales se destacó especialmente el trabajo *Internados* de Goffman (1961).

Por último, se publicaron estudios en los que la argumentación esgrimió razones centralmente económicas y fiscales, asociadas al gasto de los hospitales mentales estatales.

Hemos repasado, por una parte, el desarrollo de la farmacología y las innovaciones tecnológicas introducidas en la industria de los fármacos, especialmente acentuando las transformaciones en los psicofármacos, desde la segunda posguerra mundial. Y por otra parte, el impacto que la introducción de estas tecnologías ha tenido en un dispositivo emblemático destinado al reencauzamiento de las conductas desviadas: el hospital psiquiátrico.

En consonancia con la perspectiva histórica que seguimos en estas páginas, creemos que es posible reflexionar acerca de estas dos cuestiones entendiéndolas como un correlato de los cambios acontecidos en el *diagrama de poder* de las últimas décadas (Murillo, 2002). Deleuze se ha detenido en lo que denominó la “*crisis generalizada de todos los lugares de encierro: prisión, hospital, fábrica, escuela, familia*” (Deleuze, 1990) como uno de los indicadores centrales de los cambios en el diagrama de poder, en virtud de los cuales la *disciplina* deja de ser gravitante en la gestión de los individuos y las poblaciones.

Una de las limitaciones principales que presentan los análisis de Foucault, consiste en que el grueso de sus estudios se centró en el diagrama de poder disciplinario. Él, y pensadores

² La clorpromazina es puesta a disposición en 1952, la iproniazida en 1955. En la década del ‘60 se incorporan el chlordiazepoxide (1960) y el diazepam (1963) (Solal, 2004).

afines a su perspectiva estudiaron minuciosamente el funcionamiento de una serie de dispositivos, tales como el ejército, la escuela, la prisión o el hospital. En sus clases de *El Poder Psiquiátrico* (1974) y en *Vigilar y Castigar* (1976) se detuvo en la arquitectura hospitalaria como operador terapéutico, y en las cuestiones por las que el hospital opera para lograr la cura, perfilando características que permiten entenderlo en su carácter disciplinario.

Sin embargo, como señaló Foucault, de la extensión de las técnicas de seguridad (entre cuyos aspectos tratamos aquí sólo la crisis de los lugares de encierro) no debe concluirse la desaparición de las técnicas disciplinarias o de soberanía. Antes bien, sostuvo que “*es preciso comprender las cosas no como el reemplazo de una sociedad de soberanía por una sociedad de disciplina, y luego de una sociedad de disciplina por una sociedad, digamos, de gobierno*” (Foucault, 2004a: 135). Su propuesta analítica se inclina por pensar una triangulación entre las diversas tipologías de sociedades, y sus respectivas técnicas y dispositivos.

Estos postulados resultan de suma utilidad para pensar el proceso de medicalización de la sociedad, dado que ponen de relieve el componente estratégico presente en cada caso particular bajo estudio. Empezar desde esta perspectiva el estudio del ADHD es relevante, porque permite atender al modo en que las nuevas formas de gestión de las poblaciones y de los individuos son puestas en juego estratégico para el gobierno de la infancia.

Imbricaciones entre nosologías, diagnósticos y fármacos: el caso del ADHD.

Acentuamos aquí que aquello considerado *enfermedad* ha variado históricamente, siendo la medicina quien detenta la potestad de establecer qué cae dentro de la égida de la enfermedad. Mencionamos también que Foucault anticipó la inclusión de la industria farmacéutica como actor relevante en el proceso de medicalización, y que diversos autores trabajaron el impacto de tal introducción. Uno de los efectos más contundentes de la anexión de la industria farmacéutica al proceso de medicalización, es la asociación que se produce entre la nosología de las entidades clínicas, y la administración de fármacos. *Diagnóstico* –de la entidad clínica- y *tratamiento* –farmacológico- aparecen así fuertemente imbricados³.

Para el caso del ADHD, aunque esta asociación no se produce con un único fármaco, a los efectos del análisis consideraremos el *metilfenidato*. La indicación de *metilfenidato* para el ADHD (entonces denominado *disfunción cerebral mínima*) se consolida a comienzos de la

³ Las características que actualmente presentan una serie de entidades clínicas, entre las cuales se cuenta el ADHD -pero que incluyen también la disfunción eréctil, la depresión, etc.- encuentran una de sus principales condiciones de posibilidad en el cambio de paradigma psiquiátrico acontecido en las últimas décadas del siglo XX. Russo y Venâncio (2003; 2006), asocian este cambio con la publicación de la tercera versión del Manual DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) de la APA (American Psychiatric Association), en 1980. Esta transformación, sin embargo, se inscribe en una tendencia biologizante más amplia, que conlleva a una concepción fisicalista del ser humano, de la mano de la psicología evolutiva, la genética y las neurociencias.

década del '60, casi diez años después de su lanzamiento al mercado, con el destino original de tratar la narcolepsia, siendo indicado también para la fatiga crónica, estados letárgicos y depresivos, conducta senil perturbada, psiconeurosis y psicosis asociada con depresión.

En esta asociación *entidades clínicas-fármacos*, la literatura sobre el tema suele enfatizar las transformaciones del primer término, relegando las que ha sufrido el segundo. Aquí, por el contrario, buscamos resaltar el carácter relacional del proceso, en tanto adherimos a una noción de poder asociada a una multiplicidad de relaciones de fuerza que son transformadas en el interjuego de luchas y enfrentamientos (Foucault, 1976a; 1991), enfatizando cómo las prácticas sociales también pueden modificar y reorientar las estrategias de las compañías farmacéuticas. En esa línea, puntuamos a continuación algunas modificaciones del metilfenidato en cuanto a su presentación farmacológica.

Recientemente se ha desarrollado un comprimido de *metilfenidato* con sistema osmótico de liberación oral (OROS), que libera el principio activo de forma continuada. Y se ha aprobado la venta de un parche transdérmico, cuyo sistema de liberación permite el ingreso de la droga directamente en el torrente sanguíneo, y es presentado como una ayuda “*a los padres de chicos que tienen problemas para ingerir píldoras*” (El Universal, 2006). En ambas presentaciones, la administración se realiza una única vez al día, lo cual resulta compatible con las exigencias que requieren los casos en los que el niño asiste a doble escolaridad, o cuya jornada incluye actividades extra-curriculares. Si señalamos estas cuestiones, no es para comentar las novedosas formas farmacológicas de los medicamentos; antes bien, intentamos ejemplificar cómo la industria farmacéutica ha contribuido a la creación de una demanda (Russo y Venâncio, 2006), y debe atenderla, mantenerla, optimizarla. Esa misma demanda es la que habilita a los consumidores de estos productos a disponer de opciones siempre renovadas, de acuerdo con un esquema en el que se articulan “*la ideología de la libertad de elección, el mercado como soberano, el individuo como último responsable y el Estado como mero administrador*” (Iriart, 2008: 1624).

Estas consideraciones acerca de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicalización de la sociedad conducen al segundo de los aspectos a desarrollar: las transformaciones recientes en los actores involucrados en dicho proceso, que pasamos a tratar a continuación.

La medicalización de la sociedad en la actualidad: nuevos actores.

Los estudios realizados durante la década del '70 ubicaban entre las fuerzas más importantes de la medicalización a los médicos, los movimientos sociales y grupos de interés, y algunas actividades organizacionales o interprofesionales (Conrad, 2007). Sin embargo, en

los últimos treinta años la medicina ha evidenciado cambios significativos, que ha conducido a que otras fuerzas, antes subyacentes, contribuyan al proceso de medicalización.

Siguiendo a Conrad, los tres cambios más significativos en el conocimiento y organización médicos que orientan la medicalización en la actualidad son la biotecnología, los consumidores, y el *managed care*. Aquí tomaremos en cuenta sólo los dos primeros.

La perspectiva más reciente expuesta por Conrad y Leiter (2004) para abordar la problemática de la medicalización, no se centra en la influencia de los médicos, ni en los descubrimientos médicos y científicos. Su aporte consiste en enfocarse en la *creación de mercados* y el impacto de esos mercados en la medicalización. Aunque los actores involucrados son similares, el énfasis de cada uno es diferente, y es en esta clave que resulta fructífero entender las características de la medicalización de la sociedad en la actualidad. Dados los cambios en el escenario médico, importantes zonas de la medicalización se están desplazando de un predominio profesional-médico, a un predominio del *mercado*.

Biotechnología e industria farmacéutica.

Como remarcamos, el vínculo entre tecnología –y más aún, biotecnología– y medicalización ha existido desde el desbloqueo mismo del proceso, operando la primera generalmente como facilitadora de la última. Sin embargo, aunque la tecnología era facilitadora, no formaba parte del proceso primario de la medicalización. Un cambio que marcan Conrad, Moynihan y Cassels (2005), y Cabral Barros (2007) es que las industrias farmacéuticas y la biotecnología se convirtieron en actores principales de la medicalización.

Hace tiempo que la industria farmacéutica se encarga de la promoción de sus productos para diversas enfermedades (Peele, 1995). La medicación psicoactiva ha sido una pieza fundamental del proceso de medicalización, siendo los médicos y otros profesionales quienes se ubicaban a la vanguardia de su administración. Aunque los médicos se mantienen como guardianes de muchas drogas (en lo relativo a la prescripción), la industria farmacéutica se ha convertido en un agente importante de la medicalización, promoviendo sus productos a los médicos, y especialmente al público. Entre las estrategias utilizadas se cuentan: promoción de productos, sponsoreo de eventos médicos, y publicidad en revistas profesionales. Recientemente se ha añadido una nueva estrategia: la promoción del uso de medicamentos que no requieren receta médica, orientados directamente al público consumidor.

Como parte de la investigación realizada bajo la dirección de Faraone, fueron identificados diversos “*procedimientos de marketing que los laboratorios implementan en relación a las drogas utilizadas en nuestro país para el tratamiento del ADHD*” (Faraone et. al, 2009:3). De acuerdo a las tácticas y destinatarios, se distinguieron estrategias dirigidas a

diversos actores: directa, hacia los usuarios y/o sus organizaciones; hacia la comunidad educativa; hacia los médicos; y centrada en la creación de líderes de opinión.

Mejoramientos genéticos.

A pesar de la publicidad favorable que reciben los estudios genéticos, son escasos los trastornos y rasgos que se vinculan a un solo gen: la complejidad genética y la incidencia medioambiental son la regla. Sin embargo, es altamente probable que la genética adquiera una importancia creciente en el futuro reciente, y afectará el proceso de medicalización de modo sustancial. Una vez que se identifica el gen o genes intervinientes en el problema, es posible iniciar los ensayos y tratamientos genéticos. La demanda a este respecto es incremental, ya sea que se enfoque en los niños, en el cuerpo, o en las habilidades mentales y sociales.

El potencial de incumbencia de la genética puede abarcar características corporales como la altura, la musculatura, la forma o el color; habilidades como la memoria, la vista, la audición y la fuerza; o talentos y destrezas físicas. Estos mejoramientos pueden volverse un mercado inmenso, y existen incentivos monetarios suficientes para que las compañías de biotecnología inviertan en lograr tales adelantos genéticos.

Consumidores.

Así como los médicos, los pacientes también son actores históricamente relevantes en el proceso. La perspectiva de análisis de Conrad –atendiendo a la conformación de mercados- se continúa en que los pacientes se han reconfigurado como *consumidores de salud*. Así entendidos, y pensando especialmente en la experiencia norteamericana, Conrad señala que los individuos eligen planes de seguros de salud, adquieren cuidado de salud en el mercado, y deciden en qué instituciones de salud atenderse. En su estudio, cita ejemplos que ilustran cómo los consumidores se han convertido un elemento importante en la medicalización.

Conrad menciona dos fenómenos que inciden en este aspecto: el decrecimiento de la tolerancia pública acerca de los síntomas leves y los problemas de salud benignos, y el incremento de la auto-medicación. Ambos han conducido a la formación de *grupos orientados a los consumidores*. Estos grupos están compuestos por familiares, pacientes, y demás personas preocupadas por algún trastorno particular, y a menudo están sostenidos financieramente por las compañías farmacéuticas. Los voceros de estos grupos sientan posturas de apoyo a la investigación y tratamiento de las farmacéuticas.

Por último, internet es uno de los instrumentos de consumo más importantes. Relacionadas con la temática que nos convoca, existen multiplicidad de páginas que informan sobre enfermedades –incluyendo en ocasiones tests autoadministrados-; las enfermedades se han transformado de una experiencia privada a una dimensión pública. Conrad ve en estas

prácticas la posibilidad de un reforzamiento del poder de los consumidores de obtener cuidados médicos, en tanto participan en la creciente demanda de servicios de salud, y contribuyen a expandir las perspectivas de la medicina más allá de los límites profesionales.

Sin embargo, la noción de consumidor también trae aparejado el ocultamiento de la dimensión social del proceso de medicalización, traduciendo reclamos y demandas de salud como *adquisición de servicios* de salud, y planteando el acceso a medicamentos y tratamiento como la *elección de opciones* disponibles de cada consumidor individual.

Más ampliamente, la noción de consumidor puede pensarse siguiendo las consideraciones de Foucault acerca de la generalización del modelo del *homo œconomicus* a todas las formas de comportamiento, propia del neoliberalismo norteamericano. Como señala Foucault, “*el homo œconomicus es un hombre eminentemente gobernable*” (Foucault, 2004b: 310), lo cual abre sugerentes líneas de análisis para reflexionar acerca de la especificidad histórica del diagrama de poder vigente en la actualidad, y el papel que la medicalización cumple como estrategia general de normalización y gobierno de los cuerpos.

Algunas conclusiones.

En estas páginas, intentamos reconstruir un debate posible entre diversas tradiciones de pensamiento que han tematizado el proceso de medicalización de la sociedad. Como surge de la lectura, tal debate no está agotado. Los temas a los que estos pensadores dedicaron sus estudios continúan hoy revistiendo gran interés; las preguntas e hipótesis que formularon, las líneas teóricas que trazaron y los ejemplos que trabajaron siguen brindándonos claves para intentar comprender el desenvolvimiento y las consecuencias individuales y sociales de algunos procesos que se han vuelto centrales en la cultura occidental.

El análisis nos ha aportado que la *medicalización de la sociedad* tiene una dimensión histórica y social insoslayable, que permite dar cuenta del gobierno de los cuerpos individuales y sociales. Gobierno que es disputado por diversos dispositivos o instituciones (los Estados nacionales, las industrias farmacéuticas, la corporación médica, los mismos consumidores, etc.), y que no está exento de articulaciones o divergencias estratégicas.

Sin embargo, las condiciones históricas en las que la medicalización ha sido definida y ha circulado, han tenido un efecto poderosísimo de obturación de la dimensión social de la acción que le es inherente, siendo frecuentemente entendidas como problemáticas de tipo, origen o alcance individual. Razones todas más que suficientes para instarnos a retomar y renovar el análisis desde una perspectiva sociológica, que se sitúe desde la consideración de estos fenómenos como parte de las líneas de demarcación que toda cultura establece y motoriza en relación a aquello que considera *lo otro* de sí.

Otro elemento que se extrae del análisis es que la medicalización es un *proceso*. Como tal, es susceptible de presentar extensiones de disímil intensidad, siendo posible establecer “gradientes de medicalización” que, en tanto se hallan atravesados por una dimensión histórica, pueden variar en relación a un mismo objeto a lo largo de la misma. También es remarcable su bidireccionalidad, siendo posible identificar procesos de medicalización más acabados, y áreas en las que la medicalización (esto es, la definición y tratamiento de un problema en términos médicos) se retira o pierde su peso como factor explicativo.

Respecto de los autores principales que aquí tratamos, hemos señalado que uno de los aportes más valiosos de Foucault consiste en que inscribe el proceso de medicalización en las modalidades de gestión de las poblaciones, cuyas características varían históricamente. A nuestro entender, su aproximación sienta las bases para ampliar los análisis del proceso de medicalización hasta la actualidad, en donde los modos de gestión de las poblaciones se están transformando. Sin embargo, como es sabido, los estudios de Foucault acerca de esta temática no se extendieron más allá de la década del ‘70, con lo cual una indagación acerca de las características más recientes del proceso requiere abrir el horizonte de la matriz foucaultiana.

Es por ello que los aportes de Conrad se tornan valiosos, puesto que sus análisis contemplan numerosos casos empíricos y dan cuenta de nuevas configuraciones estratégicas de dispositivos que resultan de suma utilidad para nuestros objetivos de investigación.

Para finalizar, creemos que sigue siendo relevante desentrañar y dar cuenta de la incidencia de factores históricos, sociales y culturales que intervienen en las líneas de demarcación entre salud y enfermedad, y entre normalidad y anormalidad, sobre todo teniendo en cuenta el avance y proliferación de perspectivas subsidiarias de explicaciones biologizantes como el caso del ADHD, que a menudo los omiten como variables explicativas.

Pero es igualmente significativo no agotar el análisis en evidenciar la dimensión histórica, social y cultural de las líneas de demarcación entre salud y enfermedad, sino acompañar el mismo con la incorporación de perspectivas que puedan también dar cuenta de la complejidad del interjuego estratégico de dispositivos involucrados en el proceso de medicalización de la sociedad que son propios de la actual configuración social.

Bibliografía

Cabral Barros, J. A. (2007): *Nuevas tendencias de la medicalización*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Brasil. 13 (Sup):579-587, 2008.

Conrad, P. (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En Ingleby D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona. Crítica-Grijalbo.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore. The John Hopkins University Press.

Conrad, P. y Leiter, V. (2004). *Medicalization, markets and consumers*. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 45 (Extra Issue): 158-176.

Conrad, P. y Schneider, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia. Temple University Press.

Deleuze, G. (1990). "Post scriptum sobre las sociedades de control". En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia. Pre-Textos, 1995.

Diario El Universal (2006). "FDA aprueba parche adhesivo para niños con déficit de atención". Sección *Calidad de vida*. Edición electrónica del 7/04/2006. Caracas. Disponible en: http://www.eluniversal.com/2006/04/07/imp_ten_ava_07A691535.shtml

Donzelot, J. (1970). "Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y el manicomio", en Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (comps.) *Espacios de poder*. Madrid. La Piqueta, 1991. Pág. 27-51.

Faraone, S., Barcala, A. Bianchi, E. Torricelli, F. (2009). *La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia*. Revista Margen. Edición N° 54 - junio 2009 <http://www.margen.org/suscri/numero54.html>

Foucault, M. (1964). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Argentina. FCE, 2003.

Foucault, M. (1976a). *Historia de la sexualidad*. T. I. Argentina. Siglo XXI, 2002.

Foucault, M. (1976b). "La política de la salud en el siglo XVIII", en Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds.) *Saber y Verdad*. Madrid. La Piqueta, 1991. Pág. 89-106.

Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Argentina. Altamira, 1996.

Foucault, M. (1997). *Defender la Sociedad*. Argentina. FCE, 2000.

Foucault, M. (1999). *Los Anormales*. Argentina. FCE, 2001.

Foucault, M. (2003). *El Poder Psiquiátrico*. Argentina. FCE, 2005.

Foucault, M. (2004a). *Nacimiento de la biopolítica*. Argentina. FCE, 2007.

Foucault, M. (2004b). *Seguridad, territorio, población*. Argentina. FCE, 2006.

Iriart, C. (2008). *Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5). Pág.1619-1626. Brasil.

Moynihan, R. y Cassels, A. (2005). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona. Terapias Verdes, 2007.

Murillo, S. (2002). "La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos". En Susana Murillo (comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (pp. 29-92). Argentina. CCC.

Peele, S. (1995). *Diseasing of America. How we allowed recovery zealots and the treatment industry to convince us we are out of control*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2003). "Humanos demasiado orgánicos: Um estudo comparativo de diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico". Ponencia presentada en el GT19 *Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade*, V Reunião de Antropologia do Mercosul, 2003, Florianópolis.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). "Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III". *Revista Latinoamericana de Psicopatología*. Fund., IX, 3, 460-483.

Solal, J. F. (2004). "Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable". En Ehrenberg, A. (comp.) *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu. Buenos Aires.

Szasz, T. (2007a). "Medicalizing Quackery". En *The Freeman* 57: 22-23 (October), 2007. En <http://www.szasz.com/freeman20.html>

Szasz, T. (2007b). "The medicalization of everyday life. En *The Freeman* 57: 18-19 (December), 2007. En <http://www.szasz.com/freeman23.html>